



**CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA COVID-19 Y TRATAMIENTOS RELACIONADOS PARA MENOR
– Edades 5 a 12**

Se requiere consentimiento para la vacunación de pacientes de menos de 18 años de edad sin un padre/representante legal presente.

Paciente menor	
Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	
Contacto de Emergencia	
Nombre	Relación con el menor
Número de teléfono	

Soy: Padre/madre del paciente menor Tutor legal del paciente menor
 Otra persona con autoridad para tomar decisiones relativas a la asistencia sanitaria en nombre del paciente menor. Describa la relación legal: _____

Por el presente certifico lo siguiente:

- El paciente menor tiene entre 5 y 12 años de edad.
- Tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para la administración de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech al paciente menor.
- Comprendo que la Administración de Fármacos y Alimentos de los EE. UU. (“FDA”) ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech, que no es una vacuna aprobada por la FDA.
- Se me ha dado acceso y he podido leer la Hoja Informativa de EUA (autorización de uso de emergencia) de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech para Receptores y Cuidadores (“Hoja Informativa”).
- Comprendo los posibles beneficios y riesgos conocidos de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech, y la medida en la que se desconocen dichos riesgos y beneficios.
- Comprendo que tengo la opción de aceptar o rechazar la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech en nombre del paciente menor.
- Comprendo que la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech es una serie de vacunas de dos partes.
- Doy mi consentimiento y autorizo todos los tratamientos médicos necesarios en el caso raro de que el paciente menor tenga una reacción a la vacuna, incluidas, entre otras, comezón, hinchazón, desmayo, anafilaxia y otras reacciones.
- El paciente menor y yo acordamos que el paciente menor permanecerá en el área de observación durante el período de tiempo requerido después de la administración de la vacuna.
- Doy mi consentimiento para la administración de dos dosis separadas de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech con un intervalo de aproximadamente tres semanas al paciente menor.

Nombre en letra de molde del padre/madre, tutor legal u otra persona autorizada

Fecha

Firma del padre/madre, tutor legal u otra persona autorizada

Fecha